

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N^o

770

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Louis-Julien-Jean THIBON

Né le 15 janvier 1907, à Alger

DES LÉSIONS GASTRIQUES

AU COURS

DU MYCOSIS FONGOÏDE

Président : M. HARVIER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Louis-Julien-Jean THIBON

Né le 15 janvier 1907, à Alger

DES LÉSIONS GASTRIQUES

AU COURS

DU MYCOSIS FONGOÏDE

Président : M. HARVIER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935

DOYEN.. G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINEt.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	IANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLAREt.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoulLET
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	PROUST.
Clinique thérapeutique médicale	OMBRÉDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la tuberculose	SERGENT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	BEZANÇON.
	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY ... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale
 Justin BESANÇON. Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.	Clinique médicale.	BASSET.	Clinique chirurgicale
ALAJOUANINE.		BROCQ.	
AUBERTIN.		CADENAT.	
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY.		MOURE.	
DONZELOT.		QUÉNU.	
DUVOIR.		SCHWARTZ.	
HARVIER.		VELTER.	
LIAN.			
VALLERY-RADOT.			
(Pasteur).			
SÉZARY.			
MM.			
ÉCALLE	Clinique obstétricale		
GUÉNIOT.			
LE LORIER.			
LÉVY-SOLAL.			
METZGER.			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
FREY.....	Stomatologie

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

Qui nous a laissé un si magnifique souvenir de tendresse.

Bien faible hommage de ma piété filiale.

A MON PÈRE

Qui nous a toujours honoré de sa confiance.

Qu'il trouve ici le meilleur de notre affection et de notre reconnaissance pour les efforts qu'il a bien voulu faire pour nous.

A MA SŒUR RENÉE

Témoignage de fraternelle affection.

A MON ANCIEN MAÎTRE

M. GEORGES DUFOUR

Professeur agrégé de Mathématiques

A MADAME NELLY PETITFRÈRE

Qu'ils veuillent bien accepter ma reconnaissance et mon affection.

AU DOCTEUR BERTHE HAHN

Ancienne Interne provisoire des Hôpitaux
Chef de Laboratoire dans le Service du Professeur Chevallier

Nos remerciements pour l'aide qu'elle a bien voulu nous apporter dans ce mémoire.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR HARVIER

Professeur de Thérapeutique
Médecin de l'Hôpital de la Pitié.

*Qui a bien voulu nous faire le très grand
honneur d'accepter la présidence de cette
thèse.*

*Hommage de ma profonde et respectueuse
reconnaissance.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR PAUL CHEVALLIER

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.
Pour l'accueil qui, en toute circonstance,
nous fut réservé dans son service, qu'il
veuille trouver ici notre reconnaissance et
l'expression de notre plus profond respect.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

M. LE PROFESSEUR LEJARS (*In memoriam*)

M. LE DOCTEUR LOUSTE (*In memoriam*)

Médecin des Hôpitaux

M. LE PROFESSEUR BEZANÇON

M. LE PROFESSEUR NOBÉCOURT

M. LE DOCTEUR LOUIS RAMOND

Médecin des Hôpitaux

M. LE DOCTEUR FREDET

Chirurgien des Hôpitaux

M. LE DOCTEUR OBERLIN

Chirurgien des Hôpitaux

M. LE DOCTEUR KUSS

Chirurgien des Hôpitaux

M. LE DOCTEUR GIRODE

Chirurgien des Hôpitaux

M. LE PROFESSEUR LEMAITRE

M. LE PROFESSEUR TERRIEN

M. LE PROFESSEUR CLAUDE

M. LE DOCTEUR DEVRAIGNE

Accoucheur des Hôpitaux

M. LE PROFESSEUR MARION

M. LE DOCTEUR WEISMANN-NETTER

Nos très respectueux hommages de reconnaissance.

DES LÉSIONS GASTRIQUES

AU COURS DU MYCOSIS FUNGOÏDE

CHAPITRE I

**Le mycosis fungoïde
est considéré comme une maladie générale
atteignant la peau.**

Peu à peu individualisé des autres dermatoses, le mycosis fungoïde est considéré, depuis Paltauf, comme une maladie généralisée.

Cependant, parmi les lésions internes, l'attention a été attirée sur celles :

des ganglions lymphatiques,
de la rate,
de la moëlle osseuse.

Les cas où ont été signalées les infiltrations des viscères proprement dits sont rarissimes.

Notre intention, dans cette thèse, est d'attirer l'attention sur les lésions gastriques.

Dans le cas que nous rapportons, celles-ci étaient assez discrètes à l'autopsie. Elles auraient pu passer inaperçues si l'on n'avait été prévenu ; mais le diagnostic avait été fait, dès le vivant, grâce à l'admirable méthode que constitue la gastroscopie.

Celle-ci a permis en effet, de révéler, par vision directe de la muqueuse gastrique, des lésions comparables à celle de la peau, lésions que la clinique ne nous permettait pas de soupçonner.

C'est dire tout l'intérêt de cette méthode — si fertile en enseignement — que MM. Chevallier et Moutier appliquent systématiquement au cours de nombreuses dermatoses.

A l'époque où fut fait le diagnostic de plaques stomacales, celles-ci avaient été considérées comme des localisations gastriques de parapsoriasis en plaques.

L'évolution ultérieure a démontré que ce parapsoriasis n'était autre qu'une éruption prémycosique.

A l'autopsie, les lésions sont apparues comme des plaques telles qu'elles étaient deux ans auparavant.

On ne trouve pas de tumeur comparable à celles qui dans l'intervalle ont envahi la peau.

CHAPITRE II

Les troubles gastriques du mycosis fongoïde.

Les complications viscérales du mycosis fongoïde cutané sont extrêmement rares.

Parmi ces complications, les organes touchés ne le sont pas avec la même fréquence et en général, si ce n'est toujours, plusieurs viscères sont atteints en même temps par la lésion mycosique. Herxheimer et Martin fixent l'ordre de fréquence des organes atteints : poumons, cœur, *estomac*, rate, foie, reins, plus rarement les autres organes. Nous voyons donc que l'estomac occupe la troisième place.

Symptomatologie.

I. — SIGNES FONCTIONNELS.

1° *Il est des malades présentant des troubles digestifs.* — Cliniquement, en cas d'atteinte du canal gastro-intestinal, les troubles peuvent s'exprimer par des vomissements, des gastralgies, des crampes et des diarrhées intarissables.

Ces symptômes n'ont rien de très caractéristique en général et peuvent être également dûs à une complication infectieuse.

Dans d'autres cas, les troubles sont plus caractéristiques, correspondant aux lésions mycosiques de la muqueuse gastrique.

Ces malades présentent une répulsion marquée pour toute nourriture, une anorexie complète ; sensation d'une compression sourde de la région gastrique, gastralgies à forme de crampes.

D'après Scherber, ces dernières seraient dues à l'envahissement du plexus solaire par l'affection mycosique.

En général, quand ces symptômes cliniques se manifestent, ils surviennent vers la période terminale de la maladie ; ce fut le cas du malade de Roman qui, quelques semaines avant la mort, présenta des douleurs intenses de la région gastrique et des vomissements incessants. Dans un cas de Paltauf et de Zumbusch, au cours des six dernières semaines, le malade présenta de l'anorexie et refusa toute nourriture ; en outre il éprouvait une sensation de compression à l'estomac. Dans d'autres cas, on ne relève que des symptômes de gastrite chronique et à l'autopsie n'existait aucune infiltration mycosique (Cecchieri-Brünauer).

2° *D'autres malades ne présentent pas de troubles digestifs.* — Il a été publié un certain nombre d'observations où, malgré des lésions gastriques typiques, les

malades ne se sont plaints d'aucun trouble gastrique (Paltauf et Scherber, Bonne et Lodder, Radaeli). A cet égard, le cas d'Oksenow est remarquable ; malgré une lésion gastrique énorme, son malade ne présentait jamais de troubles gastriques.

En général, les symptômes sont dominés par d'autres lésions plus importantes que les lésions gastriques et celles-ci, le plus souvent, sont des découvertes d'autopsie ; dans certains cas, l'estomac peut être le seul organe lésé du tube digestif ; parfois il y a participation de l'intestin ; celui-ci peut à son tour présenter des lésions mycosiques alors que l'estomac peut rester intact (cas de Ninhnis) ; le plus souvent, il y a association avec d'autres lésions viscérales, prédominant en général sur celles de l'estomac.

II. — SIGNES PHYSIQUES.

Ils sont totalement absents.

Anatomie pathologique.

1° *Tumeur mycosique de l'estomac.* — Typiquement, écrivent Herxheimer et Martin, ces lésions gastriques se présentent comme des tumeurs de grosseur variable. Elles se différencient, à la palpation, par leur consistance ferme, élastique, du tissu voisin. Elles rappellent l'aspect des tumeurs cutanées, de coloration allant du gris rouge au rouge foncé, se détachant nettement sur le fond ; elles ont un centre pâle, gris blanchâtre, par-

fois blanc jaunâtre et même légèrement brunâtre, sec, fragile, parfois ramolli et déprimé. Elles rappellent plus ou moins les infiltrations cutanées.

Sur la séreuse gastrique aussi bien que sur la muqueuse, la lésion mycosique rappelle complètement l'aspect de tomate, caractéristique du mycosis fongoïde décrit par Bazin. De cet aspect typique se rapproche le cas de Roman; à l'autopsie de son malade âgé de 67 ans, avec lésions mycosiques dispersées sur tout le corps, et dans divers organes, il note pour l'estomac :

« Muqueuse du cardia rouge pâle; vers la région pylorique, une perte de substance relativement importante, arrivant jusqu'à la musculieuse, avec des bords infiltrés blanc-rougeâtre. Le reste de la muqueuse est couvert par un certain nombre d'ulcères lisses, de dimensions variables; de même, leurs bords rouge-blanchâtre, sont infiltrés. Une partie de la muqueuse offre des formations nodulaires, des infiltrations blanches ou blanc-rougeâtre, avec une surface lisse. Certaines de ces infiltrations envahissent les plis gastriques et pénètrent le cardia. La similitude de ces lésions fait remarquer Roman, est très marquée avec des lésions cutanées tant au point de vue de la coloration que de la limitation du processus à la muqueuse. »

Il en est de même dans le cas de Paltauf et de Zumbusch :

« Une muqueuse décolorée au cardia, vers le pylore, sur la grande courbure, une perte de substance jusqu'à la musculieuse, avec bords infiltrés, blanc-

rougeâtre ; tout le fond gastrique est parsemé d'ulcères, de dimensions variables, blanc-rougeâtres ; infiltration en bourrelet correspondant aux plis de la muqueuse ou sous forme de noyaux, jusqu'au voisinage du cardia. Les auteurs font remarquer l'analogie de ces ulcères ronds et de ces infiltrations avec les lésions cutanées. »

De petits noyaux ulcérés se trouvent dans la muqueuse gastrique, dans le cas d'Arzt, et correspondent aux noyaux cutanés, comme aspect ; tandis que chez le malade d'Oksanow, il y avait un ulcère unique de l'estomac de 6 cm. de diamètre, tout à fait analogue aux ulcères cutanés.

Chez le malade de Bonne et Lodder, dans la muqueuse gastrique, se trouvaient près de trente ulcères, nettement visibles, avec des bords évaginés et un fond lisse, profond, scutelliforme. Ces ulcères atteignaient la dimension d'une pièce de 2 marks ; ils étaient semblables aux ulcères cutanés.

Mais dans d'autres cas l'analogie avec les tumeurs cutanées n'est pas aussi caractéristique. Etant donné le nombre de cas que représentent les lésions gastriques qui ont été publiées, nous nous permettons de les rapporter ci-dessous, telles qu'elles ont été décrites par leurs auteurs au point de vue macroscopique.

Radaeli observe « une infiltration diffuse de la muqueuse » ; il constate « une ulcération grande comme un sou de bronze à la partie postérieure de la grande courbure, près du cardia, à fond nécrosé et à bords

infiltrés, colorée en jaune par la bile, à contours irréguliers ».

Paltauf et Scherber trouvent « un estomac déplacé dans le sens vertical, contracté, contenant un peu de liquide biliaire et muqueux. Le long de la grande courbure, quelques plis plus résistants, gris-blanchâtre, par places congestionnés, infiltrés et rigides. Ces plis se surélevaient par rapport au voisinage, donnant l'impression d'une tumeur ; sur la paroi antérieure, on voyait des plis altérés de la même manière ; le reste de la muqueuse gastrique était plus mince, très plissé, pâle, n'offrant aucune cicatrice ».

2° *Cas sans tumeur.* — A côté de ces lésions caractéristiques, certaines lésions gastriques ne présentaient rien de spécifique. Ainsi, dans le cas de Brünauer, la muqueuse gastrique était simplement enflammée, avec effacement des plis gastriques et un mucus visqueux, trouble, adhérent à la muqueuse ; il s'agissait là d'une gastrite chronique ; on voyait des lésions mycosiques à divers stades, sur différentes parties de l'intestin grêle et du côlon. Dans le cas de Liechi, on relevait de petites hémorragies du fond gastrique, plus marquées à la muqueuse duodénale ; l'examen histologique de l'estomac manque dans l'observation de Cecchieri, qui note une muqueuse pâle, finement granuleuse de l'estomac et admet pour celui-ci le diagnostic anatomique de gastrite chronique.

Examen histologique.

Mais c'est surtout l'examen histologique qui peut confirmer l'identité des lésions cutanées et viscérales, d'une manière absolument définitive. Malheureusement, il manque dans certains cas concernant l'estomac ; il est vrai que, comme l'écrivent Herxheimer et Martin, les infiltrations mycosiques des muqueuses, estomac ou autre ne se différencient nullement dans leur comportement histologique des altérations correspondantes de la peau. Aussi la plupart des auteurs se contentent d'écrire : « Même aspect histologique que celui de la lésion cutanée. » Chez Radaeli, puis chez Bonne et Lodder, nous trouvons une description histologique plus détaillée.

Prélevant un fragment de la paroi gastrique infiltrée, Radaeli constate, à l'examen histologique, que toute l'épaisseur de la muqueuse et de la sous-muqueuse se trouve transformée en une masse nécrosée amorphe. Dans une autre partie, par contre, la destruction se limite à des couches plus superficielles ; les portions plus profondes des glandes gastriques sont encore en partie conservées. Entre ces glandes, dans la tunique propre et plus profondément dans la muscularis mucosae et dans la sous-muqueuse jusqu'aux fibres musculaires, on constate une infiltration se caractérisant par la présence d'un réticulum fin, un tissu de néoformation identique à celui décrit dans les autres organes et à celui des nodules cutanés. Les

éléments cellulaires de cette néoformation sont peut-être moins colorables, avec un noyau déformé ou fragmenté, malaisément différenciable. Il existe de nombreux leucocytes polynucléaires. Par contre, fait remarquer Radaeli, il n'existe aucune infiltration mycosique dans l'intestin.

Dans le cas de Bonne et Lodder, où le diagnostic clinique fut celui de granulome de nature indéterminée, nous rapportons ci-dessous l'examen histologique des lésions gastriques présentant diverses particularités.

Dans la sous-muqueuse, tant de l'estomac que de l'intestin grêle, on trouve de gros amas de cellules tumorales.

Les plus petits noyaux sont encore recouverts par une musculeuse et un épithélium intact. Les plus gros montrent une lacune centrale où la tumeur se trouve librement dans la lumière avec une surface ulcérée. Avec ces ulcérations, le bord se trouve un peu surélevé, car ici la muqueuse avec sa musculeuse s'étend encore au delà des noyaux. Mais si la muqueuse au bord des noyaux ne se trouve plus ulcérée, par contre elle est parsemée par les cellules tumorales, qui allant transversalement à travers la musculeuse, infiltrent la muqueuse jusque sous l'épithélium. Il est à souligner combien tardive est l'atteinte de la musculeuse, même quand l'épithélium se trouve éliminé et que la muqueuse se trouve si profondément infiltrée. On voit encore souvent sur des bandes étendues la musculeuse se continuer parallèlement à la surface ;

on voit les cellules apparaître en bandelettes, à travers les fentes musculaires jusque sous la séreuse, sans que surviennent dans leur voisinage, des infiltrations leucocytaires marquées.

Au centre des ulcérations existe une nécrose profonde ; de même les tumeurs ulcérées du grêle et de l'estomac sont plus riches en leucocytes et en débris nucléaires de leucocytes que les tumeurs des surrénales, par exemple. Les leucocytes, dans les tumeurs et aussi dans la sous-muqueuse au-dessus des tumeurs, sont en grande partie éosinophiles. Dans le voisinage on voit les cellules tumorales par place, très serrées les unes contre les autres dans les grandes voies lymphatiques. Les vaisseaux sanguins sont en général indemnes ; cependant, exceptionnellement, on voit aussi quelques vaisseaux sanguins, avec des cellules tumorales dans leur lumière. Dans les coupes de la tunique élastique, par place, on peut voir fort nettement comment les parois vasculaires sont infiltrées par ces cellules.

* * *

Dans le cas que nous rapportons, il existait des lésions gastriques objectives, alors qu'il n'y avait aucun trouble digestif.

En effet, le malade n'a jamais présenté de troubles fonctionnels : l'appétit était conservé et les digestions normales. Jusqu'à la période terminale de la maladie il ne s'est jamais plaint d'aucun phénomène douloureux gastrique ou intestinal. On ne relève ni consti-

pation, ni diarrhée. De plus, un tubage gastrique, après injection d'histamine, n'a donné que des chiffres normaux d'acidité gastrique.

C'est la recherche des lésions gastriques, au cours des dermatoses, faite systématiquement par Paul Chevallier et Moutier, qui a permis de mettre en évidence, du vivant même du malade, des lésions objectives.

Nombreux sont les cas, en effet, où ces auteurs décèlent des lésions gastriques au cours de certaines dermatites : existence de gastrites atrophiques et même de véritable éruption sur la muqueuse gastrique analogue à celle de la peau dans un cas de lichen plan généralisé.

Chez notre malade, la gastroscopie a décelé des lésions muqueuses dues au mycosis fongoïde.

Il existait des lésions banales. Hypertrophie des plis ; sur certains de ces plis, on constate l'existence de signes de gastrite mamelonnée à nodule distinct.

La coloration rose pâle du corps de l'estomac tranchait avec celle de l'antré, de couleur brun sépia.

Les lésions les plus marquantes siégeaient sur la petite courbure et au niveau des faces correspondantes sur une hauteur de cinq centimètres, qui prennent un aspect porcelané. Sur cette zone on constatait des épaissements papuleux tranchant sur la zone porcelanée, lisse de la muqueuse ; ces espèces de papules étaient au nombre d'une dizaine, d'un blanc vif, rappelant certains des éléments observés chez le malade.

L'examen histologique des plaques de la muqueuse gastrique est le suivant :

Les cellules glandulaires, en particulier les cellules bordantes, sont bien conservées. On note seulement, çà et là, une infiltration diffuse par de petits lymphocytes ; cette infiltration est assez régulière mais très lâche. Il n'y a pas d'amas pathologiques de petites cellules rondes, sauf en quelques points, tout à fait au contact de la muscularis mucosae.

Donc, absence de lésions comparables à du mycosis fongoïde, mais plutôt lésions de gastrite chronique légère.

A côté de ces lésions de gastrite légère, il existe des lésions gastriques du type prémycosique c'est-à-dire une infiltration des plus comparables aux lésions cutanées décrites deux ans auparavant ; la tumeur cutanée ayant l'aspect classique de mycosis fongoïde.

Il y a donc un contraste entre les lésions de gastrite et les tumeurs cutanées.

CHAPITRE III

Observations. ²

Avant de rapporter notre observation, nous résumons ci-dessous celles que nous avons recueillies dans la littérature et qui ont servi de base à notre étude.

OBSERVATION I (Oksenow).

Un cas de mycosis fongoïde. Russ. f. Haut und Geschlechtskr., mai 1911 (in *Arch. f. Dermat.*, 1912 t. 112, p. 176).

Homme de 59 ans, atteint de mycosis fongoïde d'emblée. En cinq mois, le tronc et les membres ont présenté une extension considérable du processus, sans être précédé du stade eczémateux. Suicide.

Autopsie : Ulcère à l'estomac d'environ 6 cm. de diamètre, tout à fait analogue aux ulcères cutanés et qui pendant la vie ne donna lieu à aucun symptôme.

OBSERVATION II (Arzt L...)

Contribution à la différenciation des affections cutanées granulomateuses (*Acta dermat. venereolog.*, 1921, t. 2, pp. 226-252).

3 cas.

2^e cas : Femme de 45 ans, admise le 27 avril 1920, présentant une tumeur à la peau de la cuisse droite apparue 2 semaines auparavant. Traitée par le radium et la radiothérapie. Adénopathie inguinale droite. Anémie, fièvre, cachexie, mort 6 mois après le début.

Autopsie : En plus des tumeurs de la région inguinale et de la musculature de la cuisse, des noyaux d'infiltration métastatique aux divers organes, on trouve :

« Petits noyaux ulcérés dans la muqueuse de l'estomac. »

L'autopsie confirme le diagnostic de mycosis fongoïde d'emblée.

Pas d'examen histologique des noyaux gastriques.

OBSERVATION III (Liechti E...)

Sur les tumeurs des organes internes dans le mycosis fongoïde (*Arch. f. Dermat. und Syph.*, 1928, t. 154, pp. 246-268).

Deux observations :

1^{er} cas : homme de 72 ans, pas de troubles gastro-intestinaux.

A l'autopsie, en ce qui concerne l'estomac :

« Petites hémorragies dans la région du fond gastrique. Dans la muqueuse duodénale, nombreuses hémorragies. »

Par contre, tumeurs des surrénales, de la rate.

2^e cas : femme de 35 ans.

Pas de troubles gastro-intestinaux.

Autopsie : atteinte des ganglions, de la rate, des surrénales.

Rien sur l'estomac :

« Au jéjunum : au niveau des plis, légère congestion et quelques hémorragies punctiformes. A l'iléum, petites hémorragies.

OBSERVATION IV (Brünauer S. R.)

Sur le granuloma fungoïde de la peau et des organes internes et un syndrome s'y rapportant, avec transmission réussie au cobaye (*Acta dermato-venereol.*, 1925, VI, p. 198-241, 9 fig.).

Trois observations.

1^{re} observation : femme de 26 ans.

Noyaux mycosiques disposés aux diverses régions de la peau, ulcérations multiples, prostration, mort.

A l'autopsie ; en plus des lésions de multiples viscères et de la peau, on trouve à l'estomac :

« Muqueuse légèrement enflammée, avec de nombreux plis gastriques effacés. A la muqueuse adhère

une quantité modérément abondante d'un mucus visqueux trouble (gastrite chronique).

Il n'est relaté aucun symptôme gastrique au cours de la vie. A l'intestin (grêle et gros intestin), des efflorescences avec une surface ulcérée; elles sont nécrosées au cæcum.

OBSERVATION V (Cecchieri E...)

Sur un cas de mycose fongoïde avec localisation aux organes internes (*Archivo Italiano di Dermatologia*, 1932, t. VIII, pp. 137-173, 4 fig.).

Travail détaillé histopathologique du mycosis fongoïde et sur les diverses théories sur la nature du processus pathologique.

Observation complète d'un cas personnel autopsié d'une femme de 79 ans, qui présenta durant la vie des localisations multiples du mycosis fongoïde.

On relève en ce qui concerne l'estomac (p. 151) :

« Estomac avec muqueuse pâle et granuleuse. »

Le diagnostic anatomique indique des lésions d'organes multiples; en ce qui concerne l'estomac: gastrite chronique (p. 152).

Pas d'examen histologique de l'estomac.

OBSERVATION VI (Fraser J. F.)

L'interprétation du mycosis fongoïde en tant que variété de lymphosarcome (*Arch. of Dermatol. a. syphilology*, 1925, t. 12, pp. 814-828, 8 fig.).

Deux observations.

Rien à l'estomac ni à l'intestin.

OBSERVATION VII (Paltauf R. et Zumbusch L. V.)

Mycosis fongoïde de la peau et des organes internes (*Arch. f. Dermat. Syph.*, 1913, t. 118, pp. 699-742).

Deux observations :

1^{er} cas : Homme de 67 ans.

Mycosis fongoïde de la peau ayant débuté dix ans auparavant. Pas de troubles gastro-intestinaux, sauf dans les six dernières semaines : anorexie, puis refus de toute nourriture ; sensation de compression à l'estomac.

Autopsie : Noyaux et infiltrations dans la plèvre et les poumons, surrénales, ganglions lymphatiques.

A l'estomac : Peu de liquide muqueux, la muqueuse est décolorée au cardia ; elle présente sur la grande courbure une perte de substance relativement grande arrivant jusqu'à la musculature, avec des bords ondulés, infiltrés, blanc-rougeâtre ; tout le fond gastrique est par-

semé d'ulcères en partie ronds, lisses avec des bords ondulés blanc-rougeâtre, comme infiltrés de « moelle », en partie avec des infiltrats, blanc ou blanc-rougeâtre, en bourrelets correspondants aux plis ou en noyaux. Ces infiltrats arrivent jusqu'au voisinage du cardia. Là également on est frappé de l'analogie des ulcères ronds ou des infiltrats plats avec l'affection cutanée, aussi bien comme coloration que par le fait que l'infiltration atteint le plus souvent la muqueuse et la sous-muqueuse.

Dans le duodénum, la muqueuse est pigmentée en gris.

Dans le grêle, matières liquides épaisses, teintées par la bile. La muqueuse intestinale, gris pâle, ne présente nulle part des cicatrices ou autres altérations.

2^e cas : Femme de 27 ans.

Maladie remontant à 2 ans 1/2.

Pas de troubles gastro-intestinaux.

A l'autopsie. — *Estomac* : grande quantité de liquide jaunâtre. Muqueuse sans aucune particularité, de même le grêle et le côlon.

OBSERVATION VIII (Bonne, C. et Lodder, J.)

Sur une maladie générale particulière apparentée au lymphogranulome et au mycosis fungoïdes (*Virchow's Arch. f. Path. Anat.*, 1930, t. CLXXXIII, p. 521-540, 12 fig.).

Observation d'un homme de 42 ans, porteur d'un

processus tumoroïde nécrosé du nez et présentant des lésions analogues dans divers viscères. Réaction de Wassermann positive. Traitement anti-syphilitique sans succès. Succombe à la suite d'une aggravation progressive de l'état général. Le diagnostic clinique fut : granulome de nature indéterminée.

A l'autopsie, en dehors des autres lésions viscérales, l'estomac présentait les altérations suivantes :

Macroscopiquement : Fortement ballonné et rempli d'un contenu pâteux foncé où on pouvait retrouver des grains de riz, incomplètement digérés.

« Dans la muqueuse gastrique se trouvent environ 30 ulcères nettement visibles, avec des bords évaginés et un fond lisse, profond, scutelliforme. Les ulcères atteignent la dimension d'une pièce de 2 marks. »

Microscopiquement : Dans l'estomac et le grêle, on trouve de gros amas de cellules tumorales dans la sous-muqueuse.

OBSERVATION IX (Nienhuis, J. H.)

Sarcome de la peau et granulome fongoïde d'emblée
(*Zeitschr. f. Krebsforschung*, 1927, p. 450-458,
4 fig.).

Pas de localisation à l'estomac.

Par contre, localisation aux divers organes et notamment au foie, pancréas, intestin.

OBSERVATION X (Roman B.)

Deux cas de mycosis fongoïdes (*Journ. of Cutan. and Ven. Dis.*, 1910).

2 observations :

1^{er} cas : Homme de 67 ans. Lésions mycosiques dispersées sur tout le corps. Pas de troubles gastriques, sauf dans les dernières semaines de la vie : douleurs intenses à la région gastrique, vomissements continuels, asthénie cardiaque, mort.

En dehors des multiples lésions viscérales, on trouve à l'estomac :

« Muqueuse au cardia rouge pâle. Vers la région pylorique, une perte de substance relativement importante, arrivant jusqu'à la musculieuse, avec des bords infiltrés, blanc-rougeâtre. Le centre de la muqueuse est couvert en partie par un certain nombre d'ulcères lisses, variant de 1 centime à une pièce de 25 centimes, avec des bords rouge-blanchâtre infiltrés comme au-dessus, en partie avec des formations nodulaires, des infiltrations blanches ou rouge-blanchâtre avec surfaces lisses; certaines d'entre elles envahissent les plis et pénètrent dans le cardia. Là également la similitude de l'affection cutanée est très frappante en considérant la coloration et la limitation du processus à la muqueuse. Rien aux intestins. »

OBSERVATION XI (Paltauf, R. et Scherber, G.)

Un cas de mycosis fongoïde avec affection des nerfs et avec localisation dans les organes internes (*Virchow's Arch. f. path. Anat.*, 1916, t. 222, p. 9-28, 6 fig.). Femme de 60 ans.

Infiltration dans divers organes (poumon droit et plèvre, muqueuse de l'utérus et de la vessie). Tumeur dans la paroi du ventricule gauche du cœur. Infiltration dans les nerfs oculo-moteurs, trijumeau et crural droit.

Pas de troubles gastro-intestinaux.

A l'estomac : L'estomac est déplacé dans le sens vertical, contracté ; il contient seulement un peu de liquide biliaire, muqueux. Le long de la grande courbure, quelques plis plus résistants, gris-blanchâtre, par places congestionnés, *infiltrés* et rigides, si bien qu'ils se surélevaient par rapport au voisinage comme une tumeur ; de même, sur la paroi antérieure, quelques plis altérés de la même manière ; autrement la muqueuse gastrique est plus mince, fortement plissée, pâle ; on ne trouve aucune cicatrice.

A l'examen histologique, même tissu caractéristique que celui du mycosis fongoïde.

OBSERVATION XII (Radaeli Fr.).

Contribution à l'étude des mycosis fongoïdes
(*Lo Sperimentale*, 1911, t. 65, p. 217-252).

Homme de 67 ans, présentant des nodules mycosiques dispersés sur le tronc et sur les membres, qui évoluent vers l'ulcération et la nécrose ; meurt finalement au cours d'une bronchopneumonie. Aucun symptôme gastrique au cours de la maladie. La période pré-mycosique a duré 25 ans.

Autopsie : En plus des lésions cutanées et viscérales (poumons, cœur), on observe à l'estomac : une inflammation diffuse de la muqueuse et, en correspondance avec la partie postérieure de la grande courbure voisine du cardia, une ulcération de la dimension d'un sou à fond nécrosé et à bords infiltrés, colorés en jaune par l'imbibition biliaire, à contours irréguliers ; le contenu muqueux gastrique est également de coloration jaunâtre. En relation avec le duodénum, dans la première portion, se continue une inflammation légère de la muqueuse. Au côlon, à l'anse splénique, une légère ulcération avec bords enflammés et fond nécrosé.

Histologiquement, dans un fragment de la paroi gastrique, toute l'épaisseur de la muqueuse et de la sous-muqueuse est transformée en une masse nécrosée amorphe. Dans une autre partie par contre, la destruction se limite à des couches plus superficielles ; sont

encore conservées en partie les portions plus profondes des glandes gastriques. Entre ces glandes, dans la tunique propre, et plus profondément dans la muscularis mucosae et dans la sous-muqueuse jusqu'aux fibres musculaires, on constate une infiltration, qui se caractérise particulièrement par la présence d'un reticulum fin, un tissu de néoformations décrit dans les autres organes, identique à celui des nodules cutanés. Les éléments cellulaires sont peut-être moins bien colorables, avec un noyau déformé ou fragmenté, malaisément différenciable. Nombreux leucocytes polynucléaires. Par contre, aucune infiltration mycosique dans l'intestin.

OBSERVATION PERSONNELLE

OBSERVATION I

M. L. M..., 70 ans, décorateur.

Est venu consulter dans le service du Dr Chevallier, le 27 juillet 1934, pour une éruption généralisée de tout le corps.

La première partie de l'observation a été publiée par MM. Paul Chevallier et F. Moutier et W. Stewart, sous le titre : « Erythrodermie pityriasique chronique en plaque disséminées (parapsoriasis en plaques). Lésions spéciales de la muqueuse gastrique. »

Nous reproduisons, *in extenso*, cette observation.

La maladie remonte à 2 ans. A cette époque, le malade

a remarqué, à la partie moyenne de la face interne de la cuisse droite, une plaque rouge de la dimension d'une pièce de 2 francs, absolument indolente et ne s'accompagnant pas de prurit ; dans les semaines suivantes, d'autres plaques analogues sont apparues, de telle sorte que, 3 à 4 mois après le début, les 2 membres inférieurs et le thorax étaient envahis. Six mois plus tard, l'atteinte des membres supérieurs commence. L'éruption reste stationnaire pendant 4 mois environ. Il y a 1 mois 1/2, des éléments analogues apparaissent à la face.

Il y a 18 mois, le malade avait été consulter à l'Hôpital Saint-Louis, où on lui avait prescrit un régime sans pain ni viande et un traitement par l'autohémothérapie ; aucune amélioration.

A l'heure actuelle, l'éruption est généralisée, très intense au tronc et aux membres supérieurs, moins marquée aux membres inférieurs ; l'atteinte de la face est discrète et le cuir chevelu est indemne. L'éruption est formée de placards à limite nette mais de contours variables suivant les points : tantôt irréguliers, tantôt arrondis ; souvent, d'ailleurs, plusieurs placards sont fusionnés, de sorte que les contours de l'ensemble paraissent festonnés ; ils rappellent, quoique de bien plus grandes dimensions, les contours des éléments d'un jeu de patience.

Entre les placards, la peau est sèche mais saine.

Le centre est rose pâle, quelquefois jaune ; la peau y est recouverte de petites squames adhérentes séparées par des sillons parallèles : la région a un aspect « fripé ». Les bords au contraire sont nettement rouges et paraissent à peine plus saillants que le centre ; les squames qu'on y trouve sont plus grandes qu'au centre ; elles sont décollées par leurs bords, alors que le reste de la squame

adhère : l'épiderme apparaît véritablement « craquelé ».

Au toucher, les placards sont secs, les squames sont très adhérentes ; il existe une infiltration très modérée maxima au niveau des bords ; pas d'augmentation de la chaleur locale, pas de prurit, bien que le grattage soit agréable au malade.

Le reste de l'examen somatique est négatif : cœur normal ; T. A. (Pachon) 14-9 : quelques sibilants à la partie moyenne des deux poumons (le malade qui a eu une bronchite, il y a 24 ans, tousse et crache chaque hiver) ; aux rayons X, légère sclérose bilatérale. Réflexes normaux. Foie, rate, etc... normaux. Aorte radiologiquement opaque, et trop large, mais de calibre uniforme.

Sang : gl. r. 5.264.000 ; Hg. 85 ; Vgl. 0,88.

Plaquettes 176.000 ; gl. bl. 10.000. Neutro : 66 (Arneth 5,21, 49, 24,1) ; Tosino 5 ; lympho : 9,5 (1 petit) ; monocytes : 19,5 (10,5 sans grains azur). W. négatif ; glycémie, 2 gr. 04 au 1^{er} examen, 0 gr. 88 au 2^e examen 15 jours plus tard. Un tubage gastrique après histamine : HCl +, Ac. totale 22. Chl. totaux 4 (normal). Crachats : pas de B. K. Loeveinstein négative. Cuti-réaction tuberculinique faiblement positive. L'évolution se fait par poussées minimales ; chaque poussée exagère de façon transitoire l'aspect pityriasique.

Examen histologique : On est frappé par le contraste qu'il y a entre l'importance de la lésion clinique et la discrétion des lésions microscopiques. Le derme dans sa partie profonde est presque normal ; autour des vaisseaux, de calibre normal, il y a quelques histiocytes et de très rares lymphocytes ; par endroits, les fibrilles du collagène paraissent dissociées par de l'œdème.

Cette tendance n'est nette seulement que dans le corps

papillaire. Les papilles, dans l'ensemble, sont élargies et œdémateuses, surtout au bord des placards cutanés. La dilatation et la congestion vasculaire sont nettes. Autour de ces vaisseaux, infiltration modérée de lymphocytes et légère prolifération des histiocytes.

La partie inférieure de l'épiderme est, en plusieurs points, grignotée par l'œdème papillaire qui écarte les cellules de la basale et vient dissocier les cellules de la partie inférieure du corps muqueux, dont on peut apercevoir les ponts intercellulaires ; ça et là, légers îlots de spongieuse lâche dans la partie moyenne des corps muqueux.

Il y a d'assez nombreuses images de cytolysse et une discrète exocytose (lymphocytes et mononucléaires). La granuleuse est tantôt normale, voire hypertrophiée (et alors la couche cornée est normale), tantôt, et plus rarement, absente (la couche cornée présente alors quelques noyaux, légère parakératose). En somme, aspect typique de parapsoriasis en plaques ou érythrodermie *maculosa pertans*.

GastroscoPie : L'examen de l'estomac a été particulièrement complet. On est frappé, tout d'abord, par un contraste extraordinaire entre l'antré, de couleur brun sépia, et le corps de l'estomac rose pâle. La séparation est tranchée abruptement, à hauteur du sphincter de l'antré.

Les plis sont hypertrophiés dans l'ensemble, surtout au niveau des faces où le frissonnement développe, sur toute leur hauteur, l'aspect cérébroïde généralement limité au tiers moyen de la face postérieure.

Sur certains des plis, disséminés ça et là, se voit une gastrite mamelonnée, à nodules accusés, se développant en suivant certains des plis et non pas en aires.

Les lésions les plus marquantes siègent au niveau de la

petite courbure et des faces adjacentes, sur une hauteur de 4 à 5 centimètres. On observe, à ce niveau, un aspect porcelané, comme on en voit quelquefois sur la petite courbure, mais particulièrement accusé. Sur cette zone, s'enlèvent, çà et là, des épaississements papuleux qui tranchent sur la zone porcelanée lisse par leur épaisseur. Il est très apparent que les éléments se détachent de la muqueuse adjacente moins par des limites nettes que par un épaississement des plus appréciable à l'objectif. Il semble cependant qu'à leur niveau, la couleur soit d'un blanc plus vif. Il y a bien une dizaine de ces espèces de papules qui rappellent certains des éléments cutanés présentés par le malade en des régions où les plaques reposent sur un fond un peu desquamé.

Il est bien entendu que ces éléments ne sont pas maculeux mais saillants ; un aspect maculeux, pultacé, non saillant, se retrouve, çà et là, sur certains plis des faces.

La gastroscopie nous a donc permis de découvrir les lésions muqueuses du parapsoriasis en plaques.

Traitement : Forts de ces constatations, nous avons cessé tout traitement local qui n'avait donné que des résultats très médiocres. Dix injections d'antigène méthylique tuberculeux sans aucun résultat. Actuellement, le malade est traité par de petites doses répétées d'arséno-benzol.

La deuxième partie de l'observation est inédite. Le malade a continué d'être traité par Paul Chevallier, à l'hôpital Cochin, de novembre 1934 à avril 1935. Pendant cette période, on a assisté à la transformation des parapsoriasis en mycosis fongoïde typique.

1^o De novembre 1934 à janvier 1935, la maladie continue comme elle a été décrite précédemment.



Mycosis fungoïde au stade pré-tumoral
(aspect de parapsoriasis en plaques).

Le malade a été traité par une série de sulfarsénoï (20 injections sans dépasser 18 .cg.). Il semblait y avoir une amélioration des lésions ; certaines avaient disparu ; mais celles qui persistaient avaient exactement le même caractère que les anciennes, quelques-unes pourtant étaient dépourvues de squâmes.

2° Le 19 janvier 1935, le malade revient dans le Service, des phénomènes nouveaux étant apparus. A côté des éléments anciens, le malade présente un certain nombre d'éléments tumoraux, que l'on pourrait prendre, à première vue, pour des anthrax. Les éléments douloureux, rouges, ne sont pas nécessairement apparus sur des plaques lichenifiées, espèces de tumeurs comparables à de petites gommès siégeant sur le thorax, l'abdomen et le dos, et qui cicatrisent comme des furoncles.

C'est une de ces lésions particulièrement étendue au niveau de l'omoplate droite qui motive l'entrée de M. M... à l'Hôpital.

A l'examen du malade, on constate que la peau est sèche, écailleuse, squameuse au niveau de tout le corps, et qu'elle est recouverte par deux sortes d'éléments :

a) Eléments de taille variable, arrondis ou ovalaires, de la taille d'une pièce de 1 franc à celle de 5 francs environ, confluant parfois en placards. Ce sont les mêmes éléments que nous retrouvons dans l'observation de M. Chevallier : rouge très pâle, roses plutôt que rouges, ils sont secs et couverts de squames épaisses par place. A côté de ces éléments toujours prurigineux, on trouve des placards étendus sur tout le corps et particulièrement squameux au coude.

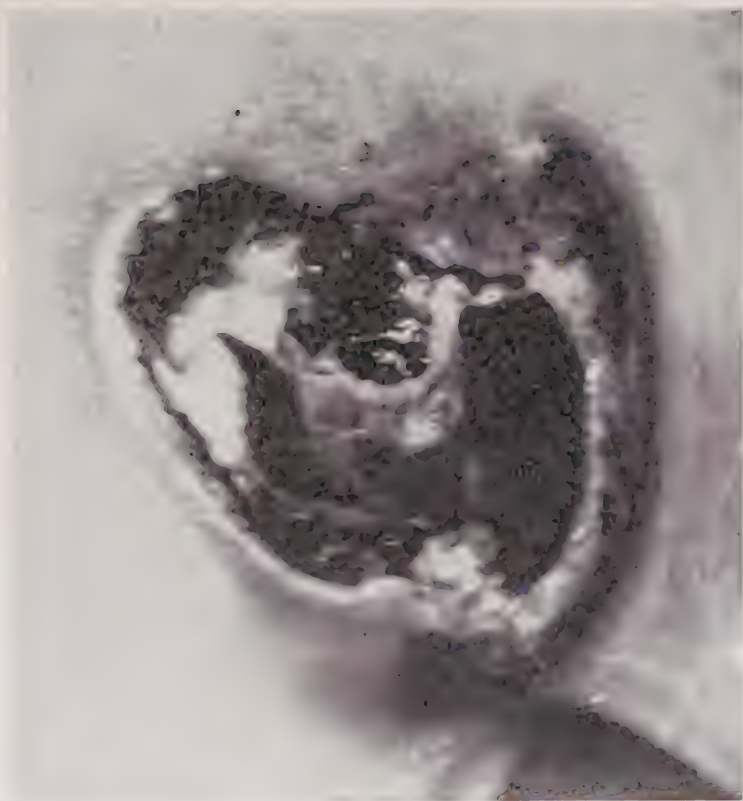
Mais tous ces éléments sont en voie nette de régression. Ils pâlisent, certains sont dépourvus de squame et ils

sont, d'une façon générale, beaucoup moins nombreux et étendus qu'ils ne l'étaient l'an dernier.

b) A côté de ces éléments, le malade présente des éléments inflammatoires disséminés, en petit nombre, sur les cuisses, les parois de l'abdomen ; ils sont plus nombreux au niveau du thorax, quelques éléments au niveau de l'omoplate gauche, enfin un gros élément sur lequel nous reviendrons, au niveau de l'omoplate droite. Ces éléments sont rouges, douloureux, faisant saillie sur le plan de la peau et de volume variable (cerise, noix et œuf de pigeon). De certains de ces éléments ramollis et ulcérés s'écoule un liquide louche, qui diminue le volume de l'élément.

L'élément de l'omoplate droite (voir figure), de loin le plus gros et le plus ulcéré, est ovalaire, à grand axe oblique en bas et en dehors, de 8 cm. de large et 12 cm. de long environ. Ce placard est surélevé et surplombe la peau d'une hauteur d'environ 2 cm. Il est entouré d'une zone d'infiltration où la peau est rouge, sèche et squameuse, zone d'infiltration surtout étendue, en bas et en dehors, vers l'aisselle, qui se continue insensiblement autour de la lésion avec la peau saine. Le centre de cette lésion est plan, légèrement concave et présente un croissant externe où la peau est violacée, creusée de deux ulcérations, l'une supérieure, de 1 cm. de large sur 2 cm. de long, plus profonde que l'inférieure, dont la longueur est la même, mais la largeur moindre. En dedans de ce croissant existe une plaque d'un blanc grisâtre, d'aspect marbré par place. C'est cette partie de la lésion qui suinte.

Cette lésion est très douloureuse. Elle entraîne une impotence fonctionnelle, d'ailleurs relative, du bras droit. A la palpation, elle n'est pas très chaude, d'une part ; d'autre part, c'est surtout un bloc d'induration, d'infiltra-



Tumeur fongôide au niveau de l'omoplate droite.

tion, qu'on mobilise difficilement sur les plans profonds.

Par ailleurs, l'examen général de ce malade est satisfaisant, bien qu'il soit encore subfébrile. Son examen somatique n'apporte rien d'appréciable. Il reste cependant à signaler, depuis le début de la maladie, la chute d'un certain nombre de dents, due sans doute à un déchaussement.

3^o Vers le milieu du mois de mars, on assiste à une multiplication intensive des tumeurs. Le malade en est couvert (plus de 50 tumeurs). La lésion du dos, précédemment décrite, double de volume, prend un aspect sale, le fond est rouge vif, les bords sont noirâtres et d'aspect sphacélé. Parallèlement, l'état général s'altère, le malade se cachectise et meurt le 12 avril 1935.

Pendant son séjour à l'hôpital, on a fait une biopsie et un certain nombre d'examens radiologiques.

Le 23 janvier 1935, on constate, en effet, la présence de glucose dans les urines et la glycémie est de 2,80. Aussi soumet-on le malade à un régime alimentaire, d'où on a supprimé les hydrates de carbone et à des injections d'insuline. Le 19 février, le malade n'a plus de sucre dans les urines. Ultérieurement, la glycosurie réapparaît d'une façon capricieuse, quel que soit le régime auquel il est soumis.

A partir du 3 mars, on constate la présence de dérivés glycuroniques. Il n'y a jamais eu d'acétone dans les urines.

A l'autopsie, on ne note qu'une augmentation de volume de la rate.

Les autres viscères sont normaux. L'aspect macroscopique de la muqueuse gastrique ne révèle rien de particulier.

L'examen histologique d'une des tumeurs cutanées, a montré un aspect typique de mycosis fongoïde.

Des coupes faites dans la muqueuse gastrique ont montré un ensemble de lésions que nous avons rapporté précédemment.

	Glycosurie	Glycémie	Pentose	Dérivés glycuroniq.	Créa- tinine	Acétone
23 janvier	19,19	2,80	—	—	—	—
24 —	—	2,60	—	—	—	—
25 —	—	—	—	—	—	0
27 —	—	1,60	—	—	—	—
29 —	—	1,80	—	—	—	—
2 février	15,48	—	—	—	—	—
5 —	7,80	—	—	—	—	—
8 —	0	—	—	—	—	—
9 —	0	1,30	—	—	—	—
10 —	0	—	—	—	—	—
11 —	0	—	—	—	—	—
16 —	4,75	—	—	—	—	—
19 —	0	—	—	—	—	—
21 —	0	—	—	—	—	—
23 —	0	—	—	—	—	—
24 —	0	—	—	—	—	—
26 —	0	—	—	—	—	—
27 —	0	—	—	—	0,80	—
28 —	0	—	—	—	0,50	—
1 ^{er} mars	3,90	—	—	—	0,33	—
2 —	0	—	—	—	0,42	—
3 —	1,85	—	0	Présence	—	—
4 —	2,80	—	0	Présence	—	—
5 —	6	—	0	Présence	—	—
6 —	2,95	—	0	Présence	—	—
7 —	0	—	0	Présence	—	—
8 —	0	—	0	Présence	—	—

		Glycosurie	Glycémie	Pentose	Dérivés glycuroniq.	Créa- tinine	Acétone
9	—	0	—	—	Présence	—	—
10	—	0	—	—	Présence	—	—
11	—	0	—	—	Présence	—	—
12	—	0	—	—	Présence	—	—
13	—	0	—	—	Présence	—	—
14	—	0	—	—	Traces	—	—
15	—	4,70	—	—	Présence	—	—
16	—	6	—	—	Présence	—	—
17	—	10,10	—	—	Présence	—	—
19	—	6,20	—	—	Présence	—	0
21	—	7,80	—	—	—	—	0
22	—	6,50	—	—	—	—	—
23	—	2,20	—	—	—	—	—
24	—	0	—	—	—	—	—
25	—	2,15	—	—	—	—	—
26	—	0	1,128	—	Présence	—	—
27	—	0	—	—	—	—	—
28	—	0	—	—	—	—	—
29	—	2,95	—	—	—	—	—
30	—	6,05	—	—	—	—	0
31	—	2,85	—	—	—	—	—
1 ^{er}	avril	3,56	—	—	—	—	0
2	—	0	—	—	—	—	—
3	—	0	—	—	—	—	—
4	—	0	—	—	—	—	—
7	—	0	—	—	—	—	—
11	—	0	—	—	—	—	—

CHAPITRE IV

Réflexions sur l'observation en dehors des lésions gastriques.

Bien que notre mémoire ne concerne que les lésions gastriques du mycosis fongoïde, nous croyons utile de souligner un certain nombre d'autres particularités de notre observation. Tout d'abord, l'analogie de la première période de l'affection avec le parapsoriasis en plaques, à tel point que l'observation a été publiée sous le titre de : « Erythrodermie pityriasique chronique en plaques disséminées (parapsoriasis en plaques) ».

Cliniquement, à la période primaire, les lésions avaient tous les caractères d'érythrodermie et les photographies du malade que nous publions ne sont pas différentes de celles reproduites par Darier dans son *Précis de Dermatologie* sous le nom de « parapsoriasis en plaques ».

Si les lésions étaient un peu plus squameuses que celles décrites par Civatte, elles possédaient les caractères mêmes qui se trouvent décrits dans l'observation princeps de Brocq. Enfin le prurit était, sinon absent, du moins très rare et léger (sensation minime de cuisson beaucoup plus que de prurit).

Les caractères histologiques étaient semblables à ceux décrits par Civatte.

On était frappé par la pauvreté des lésions. Il y avait un œdème grignotant la partie inférieure de l'épiderme. L'infiltration cellulaire est très discrète.

Les caractères cliniques et histologiques des lésions semblaient donc s'accorder pour faire poser le diagnostic de parapsoriasis en plaques. Rien ne pouvait faire songer à une lymphadémie, si ce n'est le souvenir des observations antérieurement publiées signalant la transformation ou l'évolution de parapsoriasis en plaques, parfois au bout de dix ou quinze ans, en mycosis fongoïde.

La question des parapsoriasis est particulièrement discutée et nous ne saurions l'aborder en détail ici.

Dans le groupe artificiel que Brocq avait créé et que, sur la fin de sa vie, dans les cliniques qu'il publia, il avait renié, il est une maladie bien distincte : le *parapsoriasis en goutte*. Mais, à côté de cette affection, il reste dans le cadre des parapsoriasis « le parapsoriasis en plaques ou érythrodermie pityriasique en plaques » et le « parapsoriasis lichénoïde ».

A la suite des travaux de Civatte, le *parapsoriasis lichénoïde* a été divisé en deux maladies :

1° le *parakeratosis variegata* de Unna, Santi et Politzer
et

2° le *lichen variegatus* ou plutôt, comme l'appelle dans le *Traité de Dermatologie pratique* M. Paul Chevallier : *paralichen* (Brocq) *variegatus*.

Le parakératosis variegata ne paraît avoir aucun rapport avec le mycosis fongoïde ou tout au moins des rapports très exceptionnels et s'apparenterait plutôt à des atrophies cutanées encore mal connues du type poïkilodermie atrophiante de Jacobi.

Le paralichen variegatus, au contraire, comme le montre Civatte, est essentiellement une dermatose prémycosique et, quand on en a fait le diagnostic, on doit toujours redouter cette maladie, bien que la transformation mycosique puisse se faire attendre quelquefois une vingtaine d'années.

La question se résume donc en une détermination des rapports entre le parapsoriasis en plaques et le paralichen variegatus. Il n'est pas douteux qu'un très grand nombre de cas de parapsoriasis en plaques ne se soient jamais transformé en mycosis fongoïde ; par contre, les cas rapportés par quelques auteurs, entre autres ceux de Gougerot et Burnier, de Milian, et celui de Paul Chevallier, ont évolué vers un mycosis fongoïde.

Y a-t-il là un problème de diagnostic ou de rapport ?

Comme le dit Paul Chevallier dans le *Traité de Dermatologie pratique*, on a été trop généreux pour le diagnostic de parapsoriasis en plaques et pas assez pour celui de paralichen variegatus. Il pense que plus on s'éloigne du type xantho-érythrodermia pertans, plus on doit se demander si les plaques supposées parapsoriques en sont réellement et s'il ne s'agit pas en réalité d'un début de paralichen.

Un deuxième particularité de l'observation a retenu notre attention :

La présence de glucose dans les urines.

Comme nous l'avons signalé, la glycosurie et la glycémie étaient extrêmement variables, quels que soient les différents régimes donnés au malade. L'action de l'insuline même était inconstante. Certains jours, l'acide glycuronique remplaçait le glucose comme substance réductrice.

Il semble qu'il ne s'agissait point d'un diabète véritable.

La glycosurie et la glycuronurie étaient dues probablement à des troubles du métabolisme produits par le mycosis fongoïde lui-même. Nous ne pouvons insister sur ces points, qui soulèvent des problèmes discutés de biologie générale.

Conclusion.

I. — On connaît dans le mycosis fongoïde des tumeurs gastriques analogues à celles de la peau, qui jusqu'ici n'ont été reconnues qu'à l'autopsie.

II. — Il existe aussi des plaques non tumorales, dont l'aspect est superposable à celui des éruptions pré-mycosiques des téguments.

III. — Ces plaques sont décelables par la gastroscopie à une période où l'éruption cutanée est encore si atypique qu'elle excuse toutes les erreurs de diagnostic.

IV. — La gastroscopie peut être un élément très utile pour le diagnostic précoce du mycosis fongoïde.

Vu : le Président de la thèse,
HARVIER.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- CECCHIERI (E.). — Su di un caso di micosi fungoïde an localizzjazione negli organi interni (*Arch. Ital. di dermat. siph.*, juill. 1932, t. 8, pp. 107-173).
- SAMEK (J.) et FEUEREISEN (W.). — Mycosis fungoides der inneren Organe (*Arch. f. Dermat. u. Syph.*, 1931, t. 164, pp. 375-382).
- MONCORPS. — Zur Metastasenbildung bei der Mycosis fungoides (*Arch. f. Dermat. u. Syph.*, 1930, t. 160, pp. 152-153).
- BONNE (C.) et LODDER (J.). — Ueber eine eigentümliche dem Lymphogranulom und der Mycosis fungoides verwandte Allgemeinerkrankung (*Beitr. j. path. Anat. w. z. allg. Path.*, 28 déc. 1929, t. 83, pp. 521-540).
- MALHERBE (A.), MONNIER (U.) et MALHERBE (H.). — Un cas de mycosis fongoïde avec envahissement des viscères.
- 1. *Arch. prov. de méd.*, Paris, 1900, II, 97-123 ;
- 2. *Gaz. Méd. de Nantes*, 1900, t. XVIII, pp. 230-238.
- KAPOSI. — Uber Mycosis fungoides und ihre Beziehungen (*Wien. med. Woch.*, 1887, Nr. 19, 22).
- ALIBERT. — Vorlesung über die Krankheiten der Haut in Max Bloest. Leipzig, 1837, t. 2, pp. 295 et 301.
- BAZIN. — Leçons sur les affections cutanées. Paris, 1862.
- RADAELI. — Malattie cutanee, 1927.
- HERXHEIMER (K.) et MARTIN (H.). — Mycosis fungoides.

Hdbuch der Haut und Geschlechtskr., 1929, t. VIII,
t. I, pp. 174-270.

PALTAUF et ZUMBUSCH (V.). — Mycosis fungoides der Haut
und inneren Organe. *Arch. f. Dermatol. und Syphilis*,
1914, vol. 118, p. 699.

NIENHUIS (J. H.). — Sarkom der Haut und Granuloma fun-
goides d'emblée. *Zeitschrift f. Krebsforschung*, 1927,
t. 24, pp. 450-458, 4 fig.

ARTZ (L.). — Granuloma fungoides der Haut und inneren
Organe und ihre Stellung zu den echten Blastom-
en. *Acta dermatol. venereol.*, 1921, t. 2; *Dermatol.*
Zertich, 1921, t. 34.

SCHOLTE (A.). — Ein Fall von Mycosis fungoides. *Acta der-
mato-venereol.*, 1923, t. 4, pp. 48-53.

BRÜNAUER. — Über Granuloma fungoides der Haut und
inneren Organe. *Acta dermato-venereol.*, 1925, t. VI,
198-241, 9 fig.

FRASER (J. F.). — The interpretation of mycosis fungoides
as a variety of lymphosarcoma (*Arch. of Derma-
tol. a. syphilol.*, 1925, t. 12, p. 814-828, 5 fig).

CAPELLI (J.). — Micosis fungoide d'emblée con localiozza-
zioni negli organi interna. *Gior. ital. d. mal. ven.*,
Milano, 1920, LXI, pp. 116-124.

PALTAUF (R.). — 1. — Lokalisation der Mycosis fungoides
in inneren Organen. *Münch. med. Woch.*, 1916,
LVIII, p. 540.

— 2. Die Lokalisationen der Mycosis (granuloma) fun-
goides in inneren Organen. *Wien. Kli. Woch.*, 1916,
XXIX, p. 337.

PALTAUF (R.) et SCHERBER (G.). — Ein Fall von Mycosis
fungoides mit Erkrankung von Nerven und mit
Lokalisation in den inneren Organen. *Virch. Arch.*
f. Path. Anat., 1916, CCXXII, pp. 9-28, 1 pl.

LIECHTI (E.). — Über Tumoren innerer Organe bei Mycosis

- fungoides. *Arch. f. Dermat. und Syph.*, 1928, t. 154, pp. 246-268.
- EICHLER et ROTTMANN. — Zur Frage der Wesens der « Metastasen » bei Mycosis fungoides. *Arch. f. Dermat. u. syph.*, 1928, t. 154, pp. 300-323.
- ZURHELLE (E.). — Mycosis fungoides mit Tnmorbildung innerer Organe. *Dermat. Ztschr. Berl.*, 1919, t. XXVII, pp. 351-362.
- RADAELI. — Mycosis fungoides con localizzazione negli organi interna. *Sperimentale Archivio di Biologia*, norm. e pat. 1911, t. LXV, III.
- TOMMASI. — Mycosis fungoides à tumori d'emblée con metastasi viscerali e spinali. *Zbl. f. Hautkr.*, 1922, t. 5, p. 236.
- ROMAN. — Two cases of Mycosis fungoides. *Journ. of cutan. dis.*, oct. 1910, pp. 508-522.
- OKSENOW. — Ein Fall von Mycosis fungoides. *Arch. f. Dermat.*, 1912, t. 112, p. 176.
- GODEL. — Zur pathologischen Anatomie der Mycosis fungoides. *Arch. f. Dermat.*, 1921, t. 130, p. 172.

